

## University of Groningen

### Economics

Wijk, Paul van der

**IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.**

*Document Version*

Publisher's PDF, also known as Version of record

*Publication date:*

1999

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

*Citation for published version (APA):*

Wijk, P. V. D. (1999). *Economics: charon of medicine?* s.n.

**Copyright**

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

**Take-down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

*Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.*



## Summary in Dutch

### *Economie: Charon van de geneeskunde?*

De laatste decennia valt een toenemende spanning tussen de vraag naar zorg en de beschikbare middelen voor de gezondheidszorg waar te nemen. De schaarste aan middelen vraagt om een voortdurende afweging omtrent kosten en baten van nieuwe behandelvormen. Economisch evaluatieonderzoek kan dit proces ondersteunen door informatie te verstrekken over de kosten en gezondheidseffecten van gezondheidszorgvoorzieningen.

De rol van de economie in de geneeskunde wordt door velen impliciet vergelijkbaar geacht aan de functie van de veerman Charon, die in de Griekse mythologie de overtocht over de rivier de Styx naar de onderwereld regelde. Charon nam echter alleen passagiers mee als zij een muntje onder hun tong gelegd hadden gekregen door de nabestaanden. Charon bepaalde zo wie wel en niet in de onderwereld terechtkwam.

In hoofdstuk 1 wordt ingegaan op het toenemende belang van de economie in de Nederlandse gezondheidszorg. Een beperkte historische schets vanaf circa 1800 laat zien dat financiële afwegingen steeds belangrijker worden bij het bepalen van het landelijke overheidsbeleid in de gezondheidszorg. Dit valt natuurlijk grotendeels te verklaren uit de expansieve kostenstijging in deze sector. Het groeipercentage in de gezondheidszorg was vele malen hoger dan in andere sectoren van de economie. Onderwijs, milieu en infrastructuur dreigden daarvan de dupe te worden. Omdat het merendeel van de zorguitgaven ook nog eens bekostigd wordt uit premiegefinancierde middelen kan een hoog groeipercentage nadelige consequenties hebben voor de concurrentiepositie van het Nederlandse bedrijfsleven. Deze aspecten, gevoegd bij de geringe economische groei in de jaren tachtig, hebben de aandacht voor kostenbeheersing in de gezondheidszorg fors doen toenemen. De voortdurend stijgende vraag naar zorg bij beperkte middelen doet de noodzaak van het rationeel inzetten van middelen en het stellen van prioriteiten extra voelen.

Met name in de care sector (het eerste compartiment: ouderenzorg, zorg voor mensen met een verstandelijke handicap, geestelijke gezondheidszorg) werd tot voor kort maar weinig onderzoek gedaan naar een efficiënte allocatie van middelen. Dit proefschrift gaat aan de hand van een aantal praktische toepassingen in op de rol die economisch evaluatieonderzoek ook in de care sector kan spelen. Verder wordt aandacht besteed aan de

problemen die optreden bij het uitvoeren van economisch evaluatieonderzoek in de care sector. Het huidige instrumentarium van economisch evaluatieonderzoek is teveel gericht op activiteiten in de cure sector. Daarom is een aantal aanpassingen nodig in methodiek en uitvoering.

In hoofdstuk 2 wordt uiteengezet waarom de overheid zich überhaupt met de gezondheidszorg bemoeit. Efficiencymotieven zijn daarbij van groot belang. Door specifieke kenmerken van de gezondheidszorg ontstaat geen markt van volledige mededinging, waardoor efficiencyverliezen kunnen optreden. Sterke kartelvorming (farmaceutische industrie), regionale monopolies (ziekenhuizen) en asymmetrische informatie zijn voorbeelden van deze specifieke kenmerken. Verder kunnen externe effecten de overheid nopen tot ingrijpen en vormt in Nederland het verdelingsmotief een belangrijke beweegreden voor overheidsinterventie.

De achterliggende visie op de theorie van de verdeling van rechtvaardigheid is mede bepalend voor de visie op de rol van de overheid: hoe kan een maatschappij zijn schaarse middelen alloceren over mensen met strijdige behoeften. De ideeën van liberalen, socialisten en marxisten over de te prefereren verdeling van middelen in de maatschappij passeren de revue, met name toegespitst op de gezondheidszorg. Van oudsher zijn in Nederland de egalitaire beginselen een belangrijke input. Wel valt de laatste jaren een trend waar te nemen naar een meer utilitaire verdeling van middelen. Daarbinnen past nadrukkelijk een grotere rol voor economische evaluatieonderzoek.

De hoofdstukken 3 tot en met 7 zijn toepassingen van economisch evaluatieonderzoek. In hoofdstuk 3 en 4 wordt begonnen met het beschrijven van een traditionele kosteneffectiviteitanalyse in de cure sector. Hoofdstuk 3 is een uitgebreide studie naar de kosten van tandheelkundige implantaten in vergelijking met de traditionele behandelmethoden. De kosten van behandeling met permucosale implantaten, inclusief de kosten van nazorg in het eerste jaar, blijken circa zeven keer hoger dan voor een reguliere gebitsprothese. De gebruikte methodiek, een integrale kostprijsmethode, biedt vele aanknopingspunten. Het integraal toerekenen van alle kostensoorten aan één product (behandelmethode) geeft alle actoren belangrijke informatie over de verdeling van middelen over kostenplaatsen. Deze methode heeft voordelen boven de gebruikelijke marginale kostentoerekening, waarbij alleen de meerkosten van een nieuwe therapie worden berekend.

In hoofdstuk 4 komt het vraagstuk omtrent de kosteneffectiviteit van tandheelkundige implantaten aan de orde. Hoewel de uitkomsten op lange termijn met veel onzekerheden zijn omgeven, kan worden geconcludeerd dat tandheelkundige implantaten voor bepaalde groepen cliënten met persisterende problemen, een kosteneffectieve behandeling vormen. Een vergelijking met behandelmethoden voor andere ziektes (de zogenaamde league-tables) strandt op problemen rond de vergelijkbaarheid van de effectmeting.

In de hoofdstukken 5, 6 en 7 worden zorgvernieuwendende initiatieven uit de care sector geëvalueerd. Hierbij moet worden aangetekend dat met de care sector expliciet het eerste compartiment binnen ons verzekeringsstelsel wordt bedoeld (in grote lijnen: de AWBZ-zorg)<sup>1</sup>. In hoofdstuk 5 komt een evaluatie van alternatieven voor het verzorgingstehuis aan de orde. Hieruit komt in eerste instantie naar voren dat de thuiszorg voor vergelijkbare cliënten een goedkoop alternatief is. Wel wordt het al dan niet gebruik maken van thuiszorg ingegeven door het feit of er mantelzorg aanwezig is. Ook als deze mantelzorg als kosten worden meegenomen, blijft thuiszorg over het algemeen goedkoper. Naast thuiszorg, is een andere manier om de zorg voor ouderen te organiseren de opzet die in Leiden-Noord is gekozen: een dienstencentrum in de wijk. Ouderen wonen of in het dienstencentrum zelf, of in de aangrenzende wijk. Deze vorm van transmuralisering biedt ouderen de mogelijkheid langer thuis te blijven wonen. De Zorgvoorziening Zijloever blijkt een duur alternatief, maar dit wordt voor een groot deel verklaard door de opzet van het experiment (groot gebouw dat volledig ten laste komt van de exploitatie van het project). Duidelijk blijkt uit dit onderzoek dat er voor verschillende actoren verschillende prijsprikkels kunnen worden waargenomen. Dit draagt niet altijd bij aan een efficiënte inzet van middelen. Een voorbeeld hiervan is de inzet van mantelzorg. Vanuit het perspectief van het ministerie van VWS is dit een goedkoop alternatief, omdat het ministerie op geen enkele wijze meebetaalt aan de geleverde informele zorg. Voor de maatschappij als geheel zijn de kostenbesparingen op zijn minst veel geringer, omdat het produceren van de informele zorg ten koste kan gaan van betaalde arbeid of andere productieve activiteiten van de informele verzorgers. Hoofdstuk 6 evalueert alternatieven voor verpleeghuiszorg. Een zelfde soort conclusie als hierboven mag worden getrokken: zolang het mogelijk blijft

---

<sup>1</sup> In de Angelsaksische landen omvat het begrip care de gehele gezondheidszorg.

ouderen thuis te verzorgen is dit voor de samenleving als geheel vaak goedkoper. In het onderzoek doen zich problemen voor met de effectmeting. In kwalitatieve zin zijn alle groepen behoorlijk tevreden. Het kwantificeren van deze uitkomsten stuit op grote problemen (dit wordt nader toegelicht op bladzijde 153).

Tot slot komt in hoofdstuk 7 de evaluatie van het de-institutionaliseren van mensen met een verstandelijke handicap aan de orde. Hieruit wordt duidelijk dat deze normalisatie-gedachte niet per definitie duurder hoeft te zijn voor de maatschappij. Bovendien zijn in veel gevallen positieve effecten waar te nemen die zich uiten in een toenemend activiteitenpatroon van participanten.

In hoofdstuk 8 passeren al deze studies nogmaals de revue tegen de achtergrond van de vraag welke problemen er zijn bij het opzetten en uitvoeren van economische evaluatiestudies in de care sector. Het uitvoeren van economische analyses kwam in de care sector pas in het begin van de jaren negentig op gang. Als redenen daarvoor kunnen onder andere worden genoemd:

1. Het uitgangspunt van beleidsmakers dat de technologische ontwikkelingen in veel grotere mate bepalend zijn voor de kostenstijging in de gezondheidszorg;
2. De doelgroep van zorginstellingen is minder interessant voor beleidsmakers en onderzoekers. Het gaat hier om ouderen, chronisch zieken en mensen met een verstandelijke handicap. Deze groepen maken slechts in beperkte mate deel uit van de beroepsbevolking. Het zorgen voor deze mensen leidt tot minder kosteneffectieve uitkomsten als strikte utilitaire uitgangspunten worden gehanteerd;
3. De theoretische, maar bovenal praktische, problemen die zich voordoen bij de implementatie van dergelijk onderzoek.

Een vijftal hoofdcategorieën van problemen wordt onderscheiden: het formuleren van de onderzoeksvraag, het perspectief van de studie, de opzet van de studie, de kostenberekening en de effectmeting. De aard van deze problemen en de mogelijke oplossingen komen in paragraaf 8.2 uitgebreid aan de orde.

- Allereerst wordt expliciet aandacht gevraagd voor het formuleren van de onderzoeksvraag. In de zorgsector zijn behandelvorm, plaats van behandeling en uitvoerder van de behandeling vrijwel automatisch aan elkaar gekoppeld, hetgeen grote consequenties kan hebben voor de uitkomsten van de zorg. De resultaten van de behandeling worden niet

zozeer grotendeels bepaald door de effectiviteit van de behandeling, maar veeleer door het directe contact met de cliënt, bepaald door de attitude en de deskundigheid van de medewerker, de omgeving, etc.;

- Het perspectief van de studie behoeft in de care sector extra nadruk. Kostenverschuivingen van overheidsinstanties naar individuen komen veelvuldig voor en kunnen leiden tot contraproductieve prikkels voor zorgvernieuwing. De vele financiële schotten in de Nederlandse gezondheidszorg hebben een zelfde werking;
- Randomised clinical trials worden nog slechts weinig uitgevoerd in de care sector. Hoewel in beginsel mogelijk, stuit de uitvoering op problemen. In veel gevallen spelen de verzorgers bijvoorbeeld een belangrijke rol bij het selecteren van mensen die geschikt lijken om deel te nemen aan een project van uithuisplaatsing. Een random toewijzing van cliënten zou geen recht doen aan de dagelijkse praktijk. Andere problemen doen zich voor bij het toepassen van het double-blind concept, het toepassen van informed consent, etc.
- Kostenberekeningen moeten expliciet worden gebaseerd op individuele gegevens. Cliëntkenmerken kunnen een cruciale rol spelen bij een vergelijking van kosten tussen alternatieven van zorg. In het verleden is teveel gewerkt met een vergelijking van gemiddelde kostprijzen tussen zorgvoorzieningen;  
Met name de directe niet-medische kosten zijn van groot belang bij een economische evaluatie in de “care sector”. Het gebruik van meerdere datasets wordt aangeraden (interviews met verzorgers, dossiers, observaties, schriftelijke vragenlijsten). Het vaststellen van de individuele zorgintensiteit, en de rol van de mantelzorg daarin, is van cruciaal belang;
- Voor het meten van uitkomsten kan in de “care sector” geen gebruik worden gemaakt van de QALY. Kosten-kwaliteitsanalyses liggen voorlopig meer voor de hand, hierbij gebruik makend van interne en externe performance indicatoren en meer kwalitatieve procesindicatoren;

Verder wordt in hoofdstuk 8 aandacht besteed aan de tweede vraag van dit proefschrift: in hoeverre, en voor wie, zijn economische evaluatiestudies bruikbaar ter ondersteuning van de besluitvorming.

Op macro-economisch niveau zou de kosteneffectiviteit van maatregelen betrekking hebbend op de gezondheidsstatus van Nederlanders kunnen worden vergeleken. De gezondheidszorg is niet per definitie de meest

effectieve sector om een verbetering van de gezondheidsstatus te bewerkstelligen (denk aan: veiligheidsriemen, valhelmen, voedselprogramma's).

Op het niveau van de gezondheidszorg gaat het daarbij vooral om de samenstelling van het verzekeringspakket (exclusie van vergoeding voor nieuwe medische technologieën, vaststellen van de 'juiste' indicatie voor een bepaalde behandelvorm) of het veranderen van kostentoedeling (nieuwe budgetteringssystematiek, invoeren van de diagnose-behandel-codes).

Op meso-economisch niveau kunnen de uitkomsten van economische evaluatiestudies worden gebruikt voor de toedeling van middelen aan verschillende ziekteprogramma's, het benchmarken tussen zorgvoorzieningen mogelijk (op basis van kosten en kwaliteitsaspecten), het verantwoorden van externe budgetten, of het evalueren van disease management programma's. Dit maakt de discipline interessant voor overheden, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiënten of consumenten. De uitkomsten zijn met name voor patiënten en consumenten te gebruiken voor het wegwerken van de informatieasymmetrie (micro-economisch niveau).

Tot slot wordt een aantal aanbevelingen gedaan voor verder onderzoek, om de in dit proefschrift beschreven problemen te verhelderen en de bruikbaarheid van de resultaten van economisch evaluatieonderzoek in de care sector verder te vergroten:

- 1- Het ontwikkelen van kostenfuncties op basis van service- en individuele patiëntkenmerken;
- 2- Het vaststellen van technische efficiency door inputs te relateren aan de kwaliteits-indicatoren met behulp van productiefuncties;
- 3- Het ontwikkelen van een door heel Nederland te gebruiken set van kwaliteitsmaatstaven, speciaal geschikt voor gebruik in de care sector;
- 4- Additionele aandacht voor het identificeren, meten en waarderen van informele zorg en de daarbij behorende productiewinsten of -verliezen;
- 5- Het bepalen van de mogelijkheden om ook in de care sector te komen tot het gebruik van de QALY, en daarna eventueel de ontwikkeling en toepassing van een dergelijk instrument.

Deze onderwerpen dienen nader te worden uitgewerkt voordat een adequate vergelijking tussen activiteiten in de curatieve en de care sector mogelijk is.